

● مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره نوزدهم، شماره ۵، ص ۴۶۱-۴۵۱، ۱۳۹۱

مقاله پژوهشی

سبک‌های مقابله‌ای مورد استفاده بیماران پس از سکته مغزی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مؤثر بر آن

مهديه جعفری^۱، اصغر مکارم^{۲*}، اصغر دالوندی^۳، مجتبی عظیمیان^۴، محمدعلی حسینی^۵

خلاصه

مقدمه: سکته مغزی یک واقعه تنش‌زا همراه با مشکلات متعدد عملکردی، روانشناختی، اجتماعی و اقتصادی است، که تعادل بخش‌های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بیماران پس از مدتی سعی می‌کنند با بهره‌گیری از سبک‌های مقابله‌ای مختلف، بر این مشکلات غلبه کرده و به زندگی طبیعی برگردند. این مطالعه با هدف بررسی سبک‌های مقابله‌ای مورد استفاده بیماران سکته مغزی و توزیع آنها بر حسب مشخصات زمینه‌ای و جمعیتی انجام شده است.

روش: این بررسی یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که طی چهار ماه اول سال ۱۳۸۹ انجام شد. جامعه پژوهش کلیه بیماران سکته مغزی ساکن شهر کرمان بودند که بین دو ماه تا چهار سال از سکته مغزی آنها گذشته بود. از بین آنها ۹۵ بیمار به عنوان نمونه پژوهش با روش نمونه‌گیری در دسترس و در صورت تمایل داشتن و با توجه به دارا بودن معیارهای ورودی و نداشتن شرایط خروجی در این تحقیق مشارکت کردند. داده‌ها به‌وسیله پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه راهبرهای مقابله‌ای فلکمن و لازاروس و ابزار سنجش شدت سکته مرکز ملی سلامت جمع‌آوری گردید و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی توسط نرم‌افزار آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بیشترین میانگین برای سبک مقابله‌ای طلب حمایت اجتماعی، حل مسأله برنامه‌ریزی شده و کمترین میانگین برای سبک مقابله‌ای گریز-اجتناب و خود کنترلی حاصل شد، و بین سبک‌های مقابله‌ای و بعضی از ویژگی‌های جمعیتی بیماران (مثل سن، سطح تحصیلات، شدت بیماری، مدت بیماری) رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/05$) اما در رابطه با استفاده از سبک‌های مقابله‌ای، جنسیت نقشی نداشت.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که بیماران سکته مغزی از سبک‌های مسأله مدار بیشتر از سبک‌های هیجان‌مدار استفاده کرده‌اند، گروه‌های سنی مختلف و افراد با سطح تحصیلات متفاوت از سبک‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده نموده و همچنین بیمارانی که بیماری آنها شدیدتر از بقیه بوده است از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار بیشتر بهره بردند. لذا در روند درمانی و برنامه‌ریزی درمانی مناسب باید به این یافته‌ها توجه نمود.

واژه‌های کلیدی: سکته مغزی، بازماندگان سکته مغزی، سبک‌های مقابله‌ای، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

۱- کارشناس ارشد مدیریت توانبخشی ۲- دانشیار گوش و حلق و بینی، گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ۳- دانشیار پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ۴- استادیار بیماری‌های مغز و اعصاب، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ۵- استادیار گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

* نویسنده مسؤول، آدرس پست الکترونیک: amakarem@uswr.ac.ir

پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۱/۲

دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۰/۱۰/۲۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۵/۲۷

مقدمه

هر ساله بیش از ۵/۵ میلیون نفر در سطح جهان و هزاران نفر در ایران جان خود را در اثر سکته مغزی از دست می‌دهند که دوسوم از این آمار جان‌باختگان مربوط به کشورهای در حال توسعه است (۲،۱)، سکته مغزی سومین علت مرگ‌ومیر (۳،۴) و دومین علت ناتوانی و همچنین از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی محسوب می‌شود که با افزایش سن میزان ابتلا به آن بیشتر می‌شود (۵-۷).

سکته مغزی، شایع‌ترین اختلال ناتوان کننده در دستگاه عصبی و یک حادثه غیرقابل پیش‌بینی و ویرانگر است که اثرات عمیقی بر روی بیمار و خانواده وی می‌گذارد؛ به‌طوری که بعد از سکته فرد احساس می‌کند شخصیت و شیوه زندگی‌اش تغییر کرده است (۸). سکته مغزی با ایجاد دامنه وسیعی از تغییرات در زندگی فرد از جمله عملکردهای اجتماعی، روحی و جسمی (۹) به عنوان یک عامل استرس‌زا شناخته می‌شود که تمام بخش‌های زندگی بیمار (جسم، ذهن و احساسات فرد) و یا به عبارتی پایه و اساس زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این شرایط استرس‌زا عکس‌العمل فرد و استفاده وی از سبک‌های مقابله‌ای در برابر این تغییرات، به منظور سازگاری با این چالش‌ها لازم و ضروری است. مقابله به عنوان تلاش‌های رفتاری و شناختی فعالانه و یا منفعلانه در پاسخ به شرایط استرس‌زا (بیماری) و به منظور تسلط یافتن بر چالش‌های حاصل از بیماری و همچنین کاهش آثار منفی آن است؛ مقابله به بازسازی جنبه‌های مختلف زندگی که تحت تأثیر بیماری قرار گرفته منجر شده و به سازگاری بهتر با شرایط جدید کمک می‌کند که شامل سبک‌های مسأله‌مدار و هیجان‌مدار است (۱۰،۱۱). روش‌های مقابله‌ای برای تکمیل روند سازگاری و تطابق با شرایط جدید لازم و ضروری است (۱۲)، اما همیشه به کارگیری هر سبک مقابله‌ای با کاهش استرس همراه نیست بلکه کارآمدی روش‌های مقابله‌ای در موقعیت‌های گوناگون متفاوت بوده

و استفاده نادرست از آن نه تنها استرس را کاهش نمی‌دهد، بلکه منجر به وخیم‌تر شدن شرایط نیز می‌شود (۱۳). لازم به ذکر است که واکنش افراد و سبک‌های مقابله‌ای مورد استفاده در برابر چنین شرایط استرس‌زایی در افراد مختلف متفاوت بوده، و معمولاً منحصر به فرد است، و از عواملی مثل ویژگی‌های احساسی فرد، سن، جنسیت، ارتباطات اجتماعی، روش‌های مقابله‌ای که فرد قبلاً استفاده کرده، حمایت‌های عاطفی اجتماعی و منابع در دسترس فرد تأثیر می‌پذیرد (۱۴). بازماندگان سکته مغزی در مقابله با ناتوانی‌های ایجاد شده، سعی می‌کنند برای حفظ و بازسازی حس بازگشت به زندگی، روش‌های مقابله‌ای خود را توسعه و تکامل بخشند (۱۵).

بر اساس اظهارات محققین دانشگاه مریلند آگاهی و شناخت روش‌های مقابله‌ای برای کار با بیماران در مراحل درمانی مفید و کمک کننده است (۱۶) به منظور بهبود وضعیت بیمار و توانبخشی مؤثرتر و برنامه‌ریزی اصولی و هدفمند برای روند درمانی و توانبخشی و مداخلات روانشناختی این دسته از بیماران، تمرکز روی سبک‌های مقابله‌ای، بر میزان بهبودی فرد و سازگاری و تطابق با بیماری تأثیرگذار است (۱۷).

تأکید اغلب مطالعات انجام شده در ایران بر شیوع بیماری (۱۸)، کیفیت زندگی (۱۹،۲۰) و افسردگی (۲۱) بیماران سکته مغزی بوده و تحقیقاتی نیز در زمینه استفاده از سبک‌های مقابله‌ای بر روی بیماران دیالیزی (۲۲،۲۳) و قلبی (۲۴) انجام شده است، که بر اساس آنها سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار با عدم سلامت روانی و اضطراب ارتباط مستقیم دارند. همچنین پژوهش‌هایی که بر روی بیماران دیابتی (۲۵) و قلبی (۲۶) انجام شده است، مشخص کردند بیماران بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار و حمایت‌جویانه بهره برده‌اند. در یک پژوهش مطرح شده که سطح ناتوانی، سن، جنسیت، خلق و خوی فرد و حمایت و پشتیبانی اجتماعی نقش مهمی بر سبک‌های مقابله‌ای مورد

به مطالعه (رضایت برای شرکت در مطالعه، ساکن شهرستان کرمان و گذشت ۴ ماه تا ۲ سال از سکنه مغزی آنان) و نداشتن شرایط خروج از مطالعه (عدم توانایی در برقراری ارتباط، اختلال هوشیاری، نمره $MMSE < 23$) وارد تحقیق شدند (۳۳).

به منظور انجام تحقیق، پژوهشگر با مراجعه حضوری به منزل بیماران واجد شرایط و ارائه توضیحات در باره مطالعه و اطمینان دادن در مورد محرمانه بودن داده‌های و همچنین ارائه توضیحات واضح و یکسان در باره نحوه پر کردن پرسشنامه‌ها، به جمع‌آوری داده‌ها زیر نظر یک استاد متدولوژیست و دو متخصص علوم اعصاب و نورولوژیست اقدام کرد. در اکثر موارد، به دلیل عدم توانایی بیمار و نداشتن سواد، پرسشنامه سبک‌های مقابله برای بیمار قرائت و پاسخ پرسش‌ها توسط پژوهشگر درج شد. اطلاعات بالینی بیمار از قبیل مدت زمان بیماری و نیمکره آسیب دیده از پرونده بیماران بدست آمد.

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه مشخصات جمعیتی (سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل) پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای فلکمن و لازاروس، و ابزار سنجش شدت سکنه مرکز ملی سلامت صورت گرفت.

پرسشنامه ۶۶ سؤالی سبک‌های مقابله‌ای فلکمن و لازاروس، دو دسته سبک‌های مقابله‌ای مسأله محور (طلب حمایت اجتماعی ۶ سؤال، پذیرش مسئولیت ۴ سؤال، ارزیابی مجدد مثبت ۷ سؤال، حل مسأله برنامه‌ریزی شده ۶ سؤال) و هیجان محور (مقابله مستقیم ۶ سؤال، فاصله گرفتن ۶ سؤال، خود کنترل ۷ سؤال، گریز-اجتناب ۸ سؤال) را مورد بررسی قرار می‌دهد. در این آزمون ۱۶ عبارت انحرافی هستند و ۵۰ عبارت دیگر روش مقابله فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. به هر عبارت در یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرتی از به کار نمی‌برم (۰) تا حدی به کار بردم (۱)، بیشتر مواقع به کار بردم (۲) و زیاد به کار بردم (۳) پاسخ داده می‌شود. میانگین پاسخ‌ها در حیطه ۰ تا ۳ به دست

استفاده بیماران داشته و بیماران بیشتر با انکار کردن شرایط و یا روی آوردن به عبادت سعی در مقابله با وضع موجود و بهتر کردن شرایط دارند (۲۷) در تحقیق دیگری بیان شده که بین سن، مدت بستری شدن و سبک‌های مقابله‌ای رابطه‌ای وجود ندارد اما جنسیت و سطح تحصیلات بر استفاده از سبک‌های مقابله‌ای تأثیر گذار هستند (۲۸). در بررسی دیگری بیان شده که بیماران بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای انکار بهره برده‌اند (۲۹). در یک مطالعه کیفی بر روی بیماران سکنه مغزی نتیجه گرفته شده این بیماران با استفاده از سبک‌های مقابله‌ای فعال و غیرفعال سعی در سازگاری با شرایط موجود دارند (۳۰). همچنین در تحقیق دیگری که بر روی بیماران سکنه مغزی انجام شد مطرح گردید که سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و فرار کمترین میانگین و همچنین روش مقابله‌ای ارزیابی مثبت بیشترین میانگین را دارند (۳۱) بر اساس یک بررسی مروری مشخص شد که هر چه شدت مشکلات فیزیکی فرد بیشتر باشد، بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای غیرفعال بهره گرفته می‌شود (۱۶). از آنجایی که مطالعات زیادی در مورد استفاده از سبک‌های مقابله‌ای توسط افراد دچار سکنه مغزی و همچنین بررسی تأثیر ویژگی‌های جمعیتی بر سبک‌های مقابله‌ای در ایران وجود ندارد (۳۲)، این مطالعه با هدف بررسی سبک‌های مقابله‌ای مورد استفاده بیماران نجات یافته از سکنه مغزی و توزیع سبک‌های به کار گرفته شده توسط بیماران با مشخصات زمینه‌ای و جمعیتی انجام شده است.

روش بررسی

این بررسی یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است، که پس از دریافت مجوز از دانشگاه علوم پزشکی کرمان و طی ۴ ماه اول سال ۱۳۸۹ انجام گردید. جامعه مورد پژوهش کلیه بیماران نجات یافته از سکنه مغزی در شهرستان کرمان بودند. تعداد ۹۵ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس، و در صورت رضایتمندی و با توجه به دارا بودن معیارهای ورود

داشتند (با میانگین سنی $12/55 \pm 64/24$ با حداقل سن ۳۱ و حداکثر سن ۸۷ سال)، $55/8$ درصد (53 نفر) افراد متأهل بوده و با همسر و فرزندان‌شان زندگی می‌کردند. در مجموع $29/5$ درصد از بیماران تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند.

میانگین نمره خرده مقیاس‌های سبک‌های مقابله‌ای در جدول شماره ۲ آورده شده است. بیشترین میانگین برای سبک طلب حمایت اجتماعی ($2/25 \pm 0/77$) و کمترین میانگین برای گریز-اجتناب ($0/78 \pm 0/54$) و خود کنترلی ($0/67 \pm 0/79$) حاصل شد.

ارتباط بین سبک‌های مقابله‌ای و ویژگی‌های جمعیتی و شدت بیماری در جدول شماره ۳ آورده شده است. بین سن و سبک‌های طلب حمایت اجتماعی، فاصله گرفتن و حل مسئله برنامه‌ریزی شده تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/05$). افراد جوان‌تر از این سبک‌ها بیشتر استفاده کرده‌اند، افراد متأهل نسبت به افراد مجرد نیز از سبک حل مسئله بیشتر بهره برده‌اند ($P = 0/021$). سطح تحصیلات تأثیر قابل‌توجهی بر استفاده از سبک‌های مقابله‌ای حل مسئله برنامه‌ریزی شده و طلب حمایت اجتماعی دارد ($P < 0/05$). با افزایش سطح درآمد میزان استفاده از روش مقابله‌ای ارزیابی مجدد بیشتر می‌شود ($P = 0/027$). بین مدت بیماری و سبک مقابله‌ای پذیرش مسئولیت و طلب حمایت اجتماعی تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/05$). همچنین بیماران با شدت کمتر بیماری نسبت به افراد با بیماری خیلی شدید از سبک‌های مقابله‌ای طلب حمایت اجتماعی، حل مسئله برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت، بیشتر بهره برده‌اند ($P < 0/05$).

می‌آید که میانگین ۰ حاکی از عدم استفاده از روش مقابله‌ای و میانگین ۳ حاکی از استفاده زیاد از روش مقابله‌ای بود. فلکمن و لازاروس ضریب همسانی درونی (پایایی) $0/66$ تا $0/79$ را برای هر یک از روش‌های مقابله‌ای گزارش کرده‌اند (34).

این ابزار در ایران توسط حمیده واحدی (به نقل از موسوی‌نسب) در سال ۱۳۷۹ بر روی ۷۶۳ نمونه هنجاریایی شده پایایی پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) $0/80$ برآورد شده است. جهت بررسی روایی همگرایی پرسشنامه، از همبستگی نمره‌های خام حاصل از این پرسشنامه با نمره خام حاصل از پرسشنامه استرس لیونل استفاده شد، و نتایج نشان داد که آزمون سبک‌های مقابله‌ای فلکمن و لازاروس از روایی همگرایی بالایی برخوردار است (35).

شدت ضایعه نیز با ابزار سنجش شدت سکته مرکز ملی سلامت سنجیده شد که در این ابزار نمره حاصل بین صفر تا ۴۲ می‌باشد. نمره ۲۵ و بالاتر از آن حاکی از اختلال خیلی شدید، ۱۵ تا ۲۴ اختلال شدید، ۵ تا ۱۴ اختلال متوسط و کمتر از ۵ اختلال خفیف را نشان می‌دهد.

در نهایت داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون تحلیل واریانس، تی-تست)، با کمک نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی بیماران در جدول شماره ۱ آمده است. در این پژوهش $52/6$ درصد (50 نفر) بیماران مرد بودند و $77/9$ درصد افراد بالای ۵۰ سال سن

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی و بالینی بیماران

متغیر	فراوانی	تعداد	درصد
سن	کمتر از ۵۰ سال	۲۱	۲۲/۱
	۵۰-۷۰ سال	۴۰	۴۲/۱
	بیشتر از ۷۰ سال	۳۴	۳۵/۸
جنسیت	زن	۴۵	۴۷/۴
	مرد	۵۰	۵۲/۶
وضعیت تأهل	مجرد	۲	۲/۱
	متاهل	۵۳	۵۵/۸
	مطلقه/بیوه	۴۰	۴۲/۱
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۳۳	۳۴/۷
	سیکل	۳۴	۳۵/۸
	دیپلم	۱۸	۱۸/۹
	فوق دیپلم	۷	۷/۴
	لیسانس و بالاتر	۳	۳/۲
میزان درآمد	کمتر از ۳۰۰ هزار تومان	۳۹	۴۱/۰
	بین ۳۰۰ تا ۴۹۹ هزار تومان	۴۵	۴۷/۴
	بیشتر از ۵۰۰ هزار تومان	۱۱	۱۱/۶
مدت زمان بیماری	۶-۴ ماه	۳۳	۳۴/۷
	۶ ماه تا ۱ سال	۲۷	۲۸/۵
	۱ تا ۲ سال	۳۵	۳۶/۸
نیمکره آسیب دیده	چپ	۴۶	۴۸/۴
	راست	۴۸	۵۰/۵
	دو طرفه	۱	۱/۱
شدت بیماری	خفیف	۲۶	۲۷/۴
	متوسط	۲۶	۲۷/۴
	شدید	۲۸	۲۹/۴
	خیلی شدید	۱۵	۱۵/۸

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سبک‌های مقابله‌ای

سبک‌های مقابله‌ای	انحراف معیار \pm میانگین
مقابله مستقیم	$0/94 \pm 0/55$
فاصله گرفتن	$1/05 \pm 0/59$
خودکنترلی	$0/79 \pm 0/67$
طلب حمایت اجتماعی	$2/25 \pm 0/77$
پذیرش مسئولیت	$1/45 \pm 0/92$
گریز - اجتناب	$0/78 \pm 0/54$
حل مسأله برنامه‌ریزی شده	$1/65 \pm 0/89$
ارزیابی مجدد مثبت	$1/50 \pm 0/86$

جدول ۳. ارتباط بین سبک‌های مقابله‌ای و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

سبک‌های مقابله‌ای	سن	جنسیت	وضعیت تأهل	میزان تحصیلات	میزان درآمد	مدت زمان بیماری	نیمکره درگیر	شدت بیماری
مقابله مستقیم	۰/۴۳۱	۰/۲۲۴	۰/۴۸۵	۰/۸۹۲	۰/۹۷۹	۰/۵۱۶	۰/۰۹۰	۰/۸۳۰
فاصله گرفتن	*۰/۰۲۸	۰/۴۰۴	۰/۷۶۱	۰/۹۵۱	۰/۸۴۸	۰/۴۱۶	۰/۲۵۳	۰/۵۵۷
خود کنترلی	۰/۷۴۶	۰/۳۰۸	۰/۹۵۷	۰/۱۶۴	۰/۴۶۶	۰/۹۷۲	۰/۱۶۱	۰/۳۰۷
طلب حمایت اجتماعی	*۰/۰۱۷	۰/۹۹۳	۰/۱۲۰	*۰/۰۱۵	۰/۸۷۶	*۰/۰۴۸	۰/۷۸۵	*۰/۰۲۴
پذیرش مسئولیت	۰/۰۸۵	۰/۵۹۶	۰/۵۲۳	۰/۹۳۶	۰/۴۹۸	*۰/۰۰۲	۰/۴۶۰	۰/۴۰۶
گریز - اجتناب	۰/۱۳۸	۰/۷۱۱	۰/۱۳۴	۰/۷۳۹	۰/۰۵۸	۰/۲۶۳	۰/۴۶۷	*۰/۰۱۲
حل مسأله برنامه‌ریزی شده	<۰/۰۰۱ *	۰/۰۹۲	*۰/۰۲۱	*۰/۰۲۴	۰/۰۵۶	۰/۴۵۵	۰/۲۵۷	* <۰/۰۰۱
ارزیابی مجدد مثبت	۰/۳۴۵	۰/۴۷۷	۰/۹۶۵	۰/۰۵۷	*۰/۰۲۷	۰/۶۴۹	۰/۸۸	*۰/۰۰۳

* معنی‌دار از نظر آماری ۰/۰۵ < P

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست آمده از این پژوهش حاکی از آن است که بیشترین میانگین برای سبک مقابله‌ای طلب حمایت اجتماعی، حل مسأله برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مجدد و کمترین میانگین برای روش مقابله‌ای گریز و اجتناب و خود کنترلی حاصل شد، که با نتایج راجت و دسروسیرس (۳۱) و هندرسون (۳۶) و باقریان (۲۵، ۲۶) همسو می‌باشد؛ ولی نتایج باقریان بر روی بیماران همودیالیز (۲۳) و اکبری بر روی بیماران سکه قلبی (۳۷) را تأیید نمی‌کند. استفاده از روش مقابله‌ای طلب حمایت اجتماعی و سایر روش‌های مسأله مدار تا حدودی به شرایط فرهنگی - اجتماعی جامعه ایرانی بستگی دارد و با توجه به ویژگی‌هایی مثل حمایت عاطفی بین مردم ایران این دسته از سبک‌ها نقش مؤثرتری در روند سازگاری و تطابق بیمار دارند.

بین گروه‌های سنی مختلف و سبک‌های مقابله‌ای طلب حمایت اجتماعی، فاصله گرفتن و حل مسأله برنامه‌ریزی شده ارتباط وجود دارد ($P < ۰/۰۵$)، به‌طوری که افراد جوان‌تر بیشتر از این سبک‌های مقابله‌ای استفاده کرده‌اند، این یافته‌ها با نتایج راجت و دسروسیرس (۳۱) هماهنگ

نیست، اما با نتایج پژوهش جاناسایت (۲۸) هم‌سو می‌باشد. افراد متأهل با تحصیلات بالاتر بیشتر از سبک مقابله‌ای حل مسأله برنامه‌ریزی شده استفاده کرده‌اند. گلدویک و آندریچ (۳۸) در پژوهش‌های خود دریافتند که افراد متأهل نسبت به افراد مجرد حمایت عاطفی بیشتری را از سوی اعضای خانواده دریافت می‌کنند و این امر منجر به کاهش دیسترس‌های روانی می‌شود و در نتیجه فرد بهتر با بیماری سازگاری می‌یابد. اسنول و همکاران نیز این مسأله را تأیید کردند (۳۹) وینکاتیش (۴۰) فلوری سیدل (۴۱) و گروس (۴۲) نیز بیان کردند بین سطح تحصیلات بالاتر و استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار رابطه وجود دارد. افراد تحصیل کرده از اطلاعات بیشتری در زمینه بیماری، روند درمان، پیشگیری از عوارض احتمالی برخوردارند و این منجر به کاهش استرس روانی فرد می‌شود؛ به‌طوری که این آگاهی به مقابله بهتر با شرایط استرس‌زا کمک می‌کند. سبک مقابله حمایت‌جویانه تا حدودی به فرهنگ وابسته است و در فرهنگ ایرانی دریافت حمایت عاطفی از سوی دوستان و خانواده (به‌خصوص در افراد متأهل) مسأله‌ای کاملاً طبیعی است. یافته دیگر عدم ارتباط بین جنسیت و

استفاده از روش‌های مقابله‌ای است که با نتایج راجت (۳۰)، اکبری (۳۷) و جاناسایت (۲۸) همسو و هماهنگ نیست. راجت و جاناسایت در تحقیقات خود به این نتیجه دست یافتند که زن‌ها نسبت به مردها بیشتر از روش‌های هیجان‌مدار در کنترل شرایط استرس‌زا بهره می‌برند. همچنین یافته‌های اکبری حاکی از استفاده از سبک رویارویی مستقیم در مردان و خود کنترلی در زنان می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر حاکی از اینست که افرادی که مدت بیشتری از بیمارانشان گذشته است بیشتر از سبک پذیرش مسئولیت استفاده کرده‌اند؛ این مطلب یافته‌های گروسکا در پژوهشی بر روی بیماران پاراپلژی را تأیید کرد، (۴۳) اما با نتایج دسیروزیس و راجت همسو نبود، (۳۱) اگرچه بیماران ممکن است در مراحل اولیه بیماری (مواجهه با استرس) تمایل به استفاده از شیوه‌های هیجان‌مدار داشته باشند، اما به نظر می‌رسد اکثر آنها با گذر زمان شیوه کنار آمدن با بیماری را یاد می‌گیرند و ترجیح می‌دهند شیوه‌هایی را به کار برند که منجر به تغییر موقعیت و حل مشکلات موجود شود.

یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه شدت بیماری و بهره‌گیری از سبک‌های مقابله‌ای هماهنگ با نتایج دسیروزیس و راجت (۲۰۰۲) است بدین صورت که هر چه شدت بیماری بیشتر شود، فرد از سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار کمتر از سبک هیجان‌مدار استفاده می‌کند (۳۱). هرچه شدت بیماری بیشتر باشد میزان استرس وارد شده به فرد نیز بیشتر خواهد بود، و طبیعی است که افراد در شرایط پراسترس بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار بهره می‌گیرند و در راستای گریز و اجتناب از بیماری قدم بر می‌دارند.

نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد بیماران بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای مسأله محور و کمتر از سبک‌های مقابله‌ای

هیجان‌مدار استفاده کرده‌اند. در مواردی که شدت بیماری بیشتر باشد و یا بیمار در مراحل اولیه بیماری باشد و همچنین زمان کمی از بیماری سپری شده باشد، از سبک‌های هیجان محور نسبت به روش‌های مسأله محور بیشتر بهره می‌برند. استفاده از سبک مقابله مسأله محور فرد را هدفمند می‌کند و معمولاً زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که عامل استرس‌زا به عنوان یک عامل قابل کنترل و مهارشدنی قابل درک باشد.

به‌طور کلی بیماران مبتلا به بیماری‌های جدی مثل سکته مغزی اغلب در تلاش برای تطابق و سازگاری با شرایط بعد از بیماری به منظور حفظ کیفیت زندگی خود هستند. بنابراین لازم است که تیم درمانی و توانبخشی از عوامل مؤثر بر سازگاری و کیفیت زندگی که یکی از مهم‌ترین آنها روش‌های مقابله‌ای است و در سازگاری مثبت و یا منفی با بیماری نقش با اهمیتی دارد، فهم و درک خوبی داشته باشند.

مطالعه حاضر با برخی محدودیت‌ها نیز همراه بود. به‌طور مثال نمونه‌های مورد مطالعه به بیماران سکته مغزی شهر کرمان محدود شده بود و جمع‌آوری داده‌ها در نمونه‌های مورد پژوهش به صورت مصاحبه رودررو انجام شد، لذا این امکان وجود داشت که برخی از بازماندگان سکته مغزی به دلایل مختلف به برخی از سؤالات پاسخ دقیق نداده باشند. علاوه بر این ممکن است شرایط روحی و روانی نمونه‌های مورد پژوهش در پاسخگویی به برخی از سؤالات مؤثر بوده باشد، بنابراین در تعمیم یافته‌ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین فقدان اطلاعات دقیق از نقش عواملی مثل سابقه بیماری‌های عروقی، سوابق روان‌پزشکی، بیماری‌های مزمن همراه، میزان حمایت‌های اجتماعی، داروهای مصرفی و تأثیر آنها در سبک مقابله‌ای مورد استفاده، نتیجه‌گیری قاطع از یافته‌های پژوهش را با محدودیت روبه‌رو می‌کند. لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی، با افزایش حجم نمونه و انتخاب نمونه‌ها از مراکز و

سپاسگزاری

از مسؤولین و پرسنل محترم بیمارستان شفا شهر کرمان و کلیه افرادی که به نوعی در این مطالعه همکاری داشتند، کمال تشکر را داریم.

شهرهای مختلف و کنترل نقش مداخلات قبلی با روش‌های پژوهشی دقیق‌تر و کامل‌تر و همچنین با کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده، نقش عوامل سبک‌های مقابله‌ای مورد استفاده توسط این دسته از بیماران مورد بررسی قرار گیرد.

References

1. Haacke C, Althaus A, Spottke A, Siebert U, Back T, Dodel R. Long-Term outcome after stroke evaluating health-related quality of life using utility measurements. *Stroke* 2006; 37: 193-8.
2. Greenberg DA, Aminof MJ, Simon RP. Clinical neurology. Fifth ed., New York: McGraw Hill. 2002; pp282.
3. Varma M. Treatment of acute stroke: recommendations for clinical practitioners. *Annals of Neurosciences* 2005; 12(2):27-32.
4. Lindley RI. Stroke (all the information you need straight from the expert). New York, Oxford University press, 2008; p: 48.
5. Broida H. Coping with stroke (communication breakdown of brain injured adults). Second ed., College hill press; 1979; pp: 47-103.
6. Bornstein NM. Stroke (practical guide for clinicians). Switzerland: Karger 2009; pp: 8-53.
7. Stein J. Stroke and family (a new guide): United state of America: The Harvard university of press; 2004; pp: 6-19.
8. Raymond M. Coping with life after stroke. Britain: Sheldon press; 2009; pp: 8-109.
9. Samson A, Siam H. Adapting to major chronic illness: A Proposal for a comprehensive task-model approach. *Patient Education and Counseling* 2008; 70(3): 426-9.
10. Samson A, Siam H, Lavigne R. Psychosocial adaptation to chronic illness: description and illustration on an integrated task-based model. *Interventions* 2007; 127: 16-28.
11. Gottlieb BH. Coping with chronic stress. New York: Plenum press; 1997; pp: 43-73.
12. Lee Av. Coping with disease. New York: Nova science publisher; 2005; pp: 10-59.
13. Synder CR. Coping with stress (effective people and process). New York: Oxford university press; 2001; pp: 238.
14. Rosenbloom D, Williams Mb. Life after trauma. Second ed., New York: A division of Guilford; 2010; pp: 14-29.
15. Dalvandi A, Sirka LE. Post stroke life in Iranian people: used and recommended strategies. *Iranian Rehabilitation Journal* 2009; 7(9): 17-24.
16. Ruth D. Understand powerlessness in family members caregivers of choronically ill. *Geriatric Nursing* 1992; 13(2): 66-9.
17. Donnellan C, Hevey D. Defining and quantifying coping strategies after stroke: a review. *Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77: 1208-18.

18. Azarpazhooh MR, Etemadi MM, Donnan GA, Mokhber N. Excessive incidence of stroke in Iran. *Stroke* 2010; 43: e3-e10.
19. Ezzati J, Karimi Rahjerdi H, Nikravan Mofrad M, Alavi Majd H. Quality of life in stroke patient at a hospital affiliated to Qom university of medical sciences. *Journal of Nursing and Midwifery* 2007; 17(59): 33-7 [Persian].
20. Fattahi A, Montazeri A. Quality of life among stroke patients in Kermanshah city. *Modern rehabilitation* 2008; 2(1): 1-3 [Persian].
21. Lashkari pour K, Moghtaderi A, Sajadi A, Faghihi niya M. Defining depression after stroke and its relationship with disability. *Journal of Fundamental of Mental Health* 2008; 3(39): 191-9 [Persian].
22. Nariman, M, Rafigh Irani S. A survey of relationship between coping styles and mental health in patients undergoing hemodialytic treatment. *Fundamentals of Mental Health* 2008; 10(38). 117-22 [Persian].
23. Bagherian R, Ahmadzadeh G, Yazdani E. Study of coping styles among dialysis patients. *J Semnan Univ Med Sci* 2009; 10(2): 111-9 [Persian].
24. Bagherian Sararoudi R, Maroofi M, Kheirabadi MR, Fatolah Gol M, Zare F. Same coping style related to reduction of anxiety and depressive symptoms among myocardial infarction patients. *Koomesh* 2011; 12(4): 356-63 [Persian].
25. Bagherian Sararoudi R, Ahmadzadeh GH H, Mahmmodi MA. Coping styles among diabetic patients. *J Arak Univ Med Sci* 2009; 12(1): 9-17 [Persian].
26. Bagherian R, Maroofi M, Zare F, Baghbanian A. Coping styles among MI patients with depressive symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2011; 16(4): 432-42 [Persian].
27. Jensen MP, Keefe FJ, Lefebvre JC. One- and two-item measures of pain beliefs and coping strategies. *Pain* 2003; 104(3): 453-69.
28. Jonassaint CR, Jonassaint JC, Stanton MV, De Castro LM, Royal CD. Clinical and socio-demographic factors predict coping styles among adults with sickle cell disease. *Journal of National Medical Association* 2010; 102(11): 1045-9.
29. Lundqvist LO, Ahlström G. Psychometric evaluation of the Ways of Coping Questionnaire as applied to clinical and nonclinical groups. *Journal of Psychosomatic Research* 2006; 60(5):485-93.
30. Rochette A, Tribble DS, Desrosiers J, Bravo G, Bourget A. Adaptation and coping following a first stroke: a qualitative analysis of a phenomenological orientation. *Int J Rehabi Res* 2006; 29(3): 247-9.
31. Rochette A, Desrosiers J. Coping with the consequences of a stroke. *International J Rehabil Res* 2002; 25: 17-24.
32. Dalvandi A, Heikkilä K, Madah SSB, Khankeh MR, Ekman SL. Life experiences after stroke among Iranian stroke survivors. *International Nursing Review* 2010; 57(2): 247-53.
33. Jaillard A, Naegel B, Trabucco-Miguel S, Franc J, LeBas O, Hommel M. Hidden dysfunctioning in subacute stroke. *Stroke* 2009; 40(7): 2473-9.
34. Lazarus M, Richard S, Gruen Rand J, Delongis A. Appraisal, Coping, health status and psychological symptoms. *Journal of*

- Personality and Social Psychology* 1986; 50(3): 571-90.
35. Mosavi Nasab M, Tghavi MR. Optimism-pessimism and coping strategies: prediction of psychological adjustment in adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2007; 12(4): 380-9 [Persian].
36. Henderson PD, Fogel J, Edwards QT. African American women coping with breast cancer: a qualitative analysis. *Oncology Nursing Forum* 2003; 30(4):641-7.
37. Akbari M, Aliloo MM, Aslanabadi N. Relationship between stress and coping styles with coronary heart disease: role of gender factor. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2010; 15(4): 368-76[Persian].
38. Goldzweig G, Andritsch E, Hubert A, Walach N, Perry S, Brenner B. How relevant is marital status and gender variables in coping with colorectal cancer? A sample of middle-aged and older cancer survivors. *Psycho Oncology* 2009; 18(8): 866-74.
39. Schnoll RA, Knowles JC, Harlow L. Correlates of adjustment among cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology* 2002; 20(1):37-59.
40. Venkatesh KG. Psychological Stress and Coping Strategies of the Parents of Mentally Challenged Children. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology* 2008; 34(2):227-31.
41. Fleury Seidl EM. Coping, clinical and sociodemographic aspects of people living with HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo* 2005; 10(3): 421-9.
42. Grossi G. Coping and emotional distress in a sample of Swedish unemployed. *Journal of Psychology* 1999; 40(3): 157-65.
43. Gorska M. Dynamic of the adaptation to self-disability in people with paraplegia. *Medical Rehabilitation* 2005; 9(2): 8-14.

Coping Styles of Stroke Survivors based on Patients' Demographic Features

Jafari M., M.Sc.,¹ Makarem A., M.D.,^{2*} Dalvandi A., Ph.D.,³ Azimiyan M., M.D.,⁴ Hoseini M.A., Ph.D.⁵

1. Postgraduate of Rehabilitation Management, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
2. Associate Professor of E.N.T, Dept. of Rehabilitation Management, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
3. Associate Professor, Dept. of Nursing, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
4. Assistant Professor of Neurology, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
5. Assistant Professor, Dept. of Rehabilitation Management, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

* Corresponding author; e-mail: amakarem@uswr.ac.ir

(Received: 17 August 2011 Accepted: 21 Jan. 2012)

Abstract

Background & Aims: stroke is a stressful event associated with numerous physical, psychological, social and economical problems that can complicate the balance of different life aspects, but after a period of time, patients try to benefit from different coping styles to reduce their problems and retain to a normal life. The aims of this study were to investigate coping strategies used by stroke survivors, and to identify their distribution based on demographic factors.

Methods: In this cross-sectional descriptive study, all stroke patients in Kerman city were considered as study population. Finally, ninety-five patients were selected by convenience sampling method and based on the study inclusion criteria. Data were gathered by demographic questionnaire and Folkman & Lazarus Coping Questionnaire. The severity of symptoms was measured by National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Data analysis was performed by using descriptive and referential statistics (t-test, ANOVA) and through SPSS 16 software package.

Results: Maximal means were achieved for seeking social support and planned problem solving, while minimal means were achieved for escape-avoidance and self controlling. There were significant relationships between coping styles and some demographic features such as age, level of education and severity and duration of the disease ($P < 0.05$). Gender did not have a role on use of coping styles.

Conclusion: According to the results of this study, stroke survivors use problem-focused coping strategies more than emotion-focused coping strategies. The results of this study in regard to the relationship of age and educational level with the adopted coping style and using emotion-focused coping strategies by patients with more severe disease should be considered in the patients; treatment planning and process.

Keywords: Stroke, Psychological adaptation, Demography

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2012; 19(5): 451-461